



ПРАВИТЕЛЬСТВО ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

От 28.10.2019

г. Вологда

№ 1009

О внесении изменений в отдельные постановления Правительства области

Правительство области **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Внести в Правила выплаты инвалидам (в том числе детям-инвалидам), имеющим транспортные средства в соответствии с медицинскими показаниями, или их законным представителям компенсации уплаченной ими страховой премии по договору обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств, утвержденные постановлением Правительства области от 10 октября 2005 года № 1059, следующие изменения:

1.1 в пункте 3:

подпункт 3 изложить в следующей редакции:

«3) копию документа, подтверждающего оплату страховой премии по договору обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств (далее – договор).

Документ, предусмотренный настоящим подпунктом, не представляется при составлении договора в виде электронного документа;»;

подпункт 5 признать утратившим силу;

в подпункте 6 слова «копия индивидуальной программы реабилитации или копия индивидуальной программы реабилитации или абилитации, выданной федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы, с за-

ключением о медицинских показаниях для использования транспортного средства в целях социальной и профессиональной реабилитации либо» исключить;

1.2 пункт 3³ дополнить подпунктами 6 и 7 следующего содержания:

«; 6) копию справки федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, подтверждающей факт установления инвалидности;

7) копию индивидуальной программы реабилитации или копию индивидуальной программы реабилитации или абилитации, выданной федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы, с заключением о медицинских показаниях для использования транспортного средства в целях социальной и профессиональной реабилитации»;

1.3 в пункте 3⁴:

в абзаце девятом:

слова и цифры «в подпунктах 1 - 5 пункта 3³» заменить словом и цифрами «в пункте 3³»;

дополнить словами «При поступлении в КУ ВО «Центр социальных выплат» в рамках межведомственного взаимодействия информации об отсутствии сведений об инвалидности и индивидуальной программе реабилитации или абилитации, включая сведения о медицинских показаниях для использования транспортного средства в целях социальной и профессиональной реабилитации, в федеральном реестре инвалидов КУ ВО «Центр социальных выплат» не позднее дня, следующего за днем поступления указанной информации, направляет заявителю (представителю заявителя) уведомление о необходимости представить документы, предусмотренные подпунктами 6 и 7 пункта 3³ настоящего Порядка. Уведомление направляется способом, позволяющим подтвердить факт и дату направления уведомления.»;

дополнить абзацем следующего содержания:

«Заявитель (представитель заявителя) в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления обязан представить документы, предусмотренные подпунктами 6 и 7 пункта 3³ настоящих Правил.»;

1.4 пункт 4 изложить в следующей редакции:

«4. Решение о назначении (отказе в назначении) компенсации принимается КУ ВО «Центр социальных выплат» не позднее 15 календарных дней со дня регистрации заявления о назначении компенсации (в случае направления межведомственных запросов - не позднее 5 календарных дней с даты получения запрашиваемых документов (сведений), за исключением случая, предусмотренного абзацем вторым настоящего пункта.

В случае направления уведомления заявителю (представителю заявителя) в соответствии с абзацем девятым пункта 3⁴ настоящих Правил решение о назначении (отказе в назначении) компенсации принимается КУ ВО «Центр социальных выплат» не позднее 5 календарных дней со дня истечения срока, указанного в абзаце десятом пункта 3⁴ настоящих Правил.

Решение о назначении компенсации оформляется согласно приложению 6 к настоящим Правилам.

В случае отказа в назначении компенсации КУ ВО «Центр социальных выплат» в срок не позднее 5 рабочих дней со дня принятия решения уведомляет об этом заявителя с указанием основания отказа и порядка его обжалования.

Основаниями для отказа в назначении компенсации являются:

отсутствие у заявителя права на компенсацию;

выявление противоречия в сведениях, содержащихся в представленных документах (сведениях);

заключение договора обязательного страхования гражданской ответственности на условиях использования транспортного средства наряду с владельцем транспортного средства более чем двумя водителями;

обращение за компенсацией позднее, чем через 3 года после заключения договора обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств;

выплата компенсации произведена по прежнему месту жительства (месту пребывания) заявителя в другом субъекте Российской Федерации;

непредставление документов в соответствии с абзацем десятым пункта 3⁴ настоящих Правил в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления.»;

1.5 приложение 1 к Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 1 к настоящему постановлению;

1.6 приложение 3 к Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 2 к настоящему постановлению;

1.7 приложение 4 к Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 3 к настоящему постановлению;

1.8 приложение 5 к Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 4 к настоящему постановлению.

2. Внести в Порядок предоставления ежемесячных денежных компенсаций расходов на оплату жилого помещения и (или) коммунальных услуг, ежегодных денежных компенсаций на приобретение твердого топлива и сжиженного газа гражданам, пострадавшим от воздействия радиации, отдельным категориям граждан из числа ветеранов, инвалидам, детям, являющимся ВИЧ-инфицированными, бывшим несовершеннолетним узникам концлагерей и определения размеров указанных компенсаций, утвержденный постановлением Правительства области от 16 апреля 2010 года № 401 «О реализации закона области от 5 февраля 2009 года № 1956-ОЗ «О форме предоставления мер социальной поддержки по оплате жилого помещения и коммунальных услуг отдельным категориям граждан», следующие изменения:

2.1 в разделе II:

2.1.1 в пункте 2.2:

2.1.1.1 подпункт 3 подпункта 2.2.2 признать утратившим силу;

2.1.1.2 в подпункте 2.2.6:

абзац первый после слова «Заявитель» дополнить словами «(представитель заявителя)»;

дополнить подпунктом 11 следующего содержания:

«; 11) копию справки федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, подтверждающей факт установления инвалидности, - если заявитель относится к категории граждан, указанной в подпункте 23 пункта 1.2 настоящего Порядка»;

2.1.1.3 в подпункте 2.2.8:

абзац шестой дополнить словами «При поступлении в КУ ВО «Центр социальных выплат» в рамках межведомственного взаимодействия информации об отсутствии сведений об инвалидности в федеральном реестре инвалидов КУ ВО «Центр социальных выплат» не позднее дня, следующего за днем поступления указанной информации, направляет заявителю (представителю заявителя) уведомление о необходимости представить документ, предусмотренный подпунктом 11 подпункта 2.2.6 пункта 2.2 настоящего Порядка. Уведомление направляется способом, позволяющим подтвердить факт и дату направления уведомления.»;

дополнить абзацем следующего содержания:

«Заявитель (представитель заявителя) в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления обязан представить документ, предусмотренный подпунктом 11 подпункта 2.2.6 пункта 2.2 настоящего Порядка.»;

2.1.2 пункт 2.3 изложить в следующей редакции:

«2.3. При установлении инвалидам и детям-инвалидам инвалидности на новый срок, а также при установлении инвалидам группы инвалидности без указания срока переосвидетельствования, гражданам, указанным в подпункте 23 пункта 1.2 настоящего Порядка, получающим ежемесячные денежные компенсации в соответствии с настоящим Порядком, предоставление ежемесячных денежных компенсаций продлевается на основании сведений, полученных из федерального реестра инвалидов, с даты установления инвалидности в беззаявительном порядке.»;

2.1.3 пункт 2.4 изложить в следующей редакции:

«2.4. Решение о назначении ежемесячной денежной компенсации либо об отказе в ее назначении принимается КУ ВО «Центр социальных выплат» в течение 10 рабочих дней со дня обращения, а в случае направления межведомственных запросов со дня получения КУ ВО «Центр социальных выплат» (многофункциональным центром) всех запрашиваемых документов и (или) сведений, за исключением случая, предусмотренного абзацем вторым настоящего пункта.

В случае направления уведомления заявителю (представителю заявителя) в соответствии с абзацем шестым подпункта 2.2.8 пункта 2.2 настоящего Порядка решение о назначении ежемесячной денежной компенсации либо об отказе в ее назначении принимается КУ ВО «Центр социальных выплат» в течение 10 рабочих дней со дня истечения срока, указанного в абзаце седьмом подпункта 2.2.8 пункта 2.2 настоящего Порядка.

В случае отказа в назначении ежемесячной денежной компенсации КУ ВО «Центр социальных выплат» в срок не позднее 5 рабочих дней со дня принятия решения уведомляет об этом заявителя с указанием основания отказа и порядка его обжалования.

Основаниями для отказа в назначении ежемесячной денежной компенсации являются:

отсутствие права на ежемесячную денежную компенсацию;

выявление противоречий в сведениях, содержащихся в представленных документах (сведениях);

непредставление документа в соответствии с абзацем седьмым подпункта 2.2.8 пункта 2.2 настоящего Порядка в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления.

В случае если заявление и необходимые документы были представлены заявителем (представителем заявителя) в электронной форме посредством Единого портала, в личном кабинете заявителя (представителя заявителя) размещается электронный образ решения о предоставлении (об отказе в предоставлении) ежемесячной денежной компенсации в срок не позднее 5 рабочих дней со дня принятия решения.»;

2.2 в разделе III:

2.2.1 в пункте 3.2:

2.2.1.1 подпункт 3 подпункта 3.2.2 признать утратившим силу;

2.2.1.2 в подпункте 3.2.5:

абзац первый после слова «Заявитель» дополнить словами «(представитель заявителя)»;

дополнить подпунктом 9 следующего содержания:

«; 9) копию справки федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, подтверждающей факт установления инвалидности, - если заявитель относится к категории граждан, указанной в подпункте 23 пункта 1.2 настоящего Порядка»;

2.2.1.3 в подпункте 3.2.7:

абзац шестой дополнить словами «При поступлении в КУ ВО «Центр социальных выплат» в рамках межведомственного взаимодействия информации об отсутствии сведений об инвалидности в федеральном реестре инвалидов КУ ВО «Центр социальных выплат» не позднее дня, следующего за днем поступления указанной информации, направляет заявителю (представителю заявителя) уведомление о необходимости представить документ, предусмотренный подпунктом 9 подпункта 3.2.5 пункта 3.2 настоящего Порядка. Уведомление направляется способом, позволяющим подтвердить факт и дату направления уведомления.»;

дополнить абзацем следующего содержания:

«Заявитель (представитель заявителя) в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления обязан представить документ, предусмотренный подпунктом 9 подпункта 3.2.5 пункта 3.2 настоящего Порядка.»;

2.2.2 пункт 3.3 изложить в следующей редакции:

«3.3. Решение о назначении ежегодной денежной компенсации либо об отказе в ее назначении принимается КУ ВО «Центр социальных выплат» в течение 10 рабочих дней со дня регистрации заявления о назначении ежегодной денежной компенсации, а в случае направления межведомственных запросов - со дня получения КУ ВО «Центр социальных выплат» (многофункциональным центром) всех запрашиваемых документов и (или) сведений, за исключением случая, предусмотренного абзацем вторым настоящего пункта.

В случае направления уведомления заявителю (представителю заявителя) в соответствии с абзацем шестым подпункта 3.2.7 пункта 3.2 настоящего Порядка решение о назначении ежегодной денежной компенсации либо об отказе в ее на-

значении принимается КУ ВО «Центр социальных выплат» в течение 10 рабочих дней со дня истечения срока, указанного в абзаце седьмом подпункта 3.2.7 пункта 3.2 настоящего Порядка.

В случае отказа в назначении ежегодных денежных компенсаций КУ ВО «Центр социальных выплат» в срок не позднее 5 рабочих дней со дня принятия решения уведомляет об этом заявителя с указанием причины отказа и порядка его обжалования.

Основаниями для отказа в назначении ежегодной денежной компенсации являются:

отсутствие права на ежегодную денежную компенсацию;

выявление противоречий в сведениях, содержащихся в представленных документах (сведениях);

непредставление документа в соответствии с абзацем седьмым подпункта 3.2.7 пункта 3.2 настоящего Порядка в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления.

В случае если заявление и необходимые документы были представлены заявителем (представителем заявителя) в электронной форме посредством Единого портала, в личном кабинете заявителя (представителя заявителя) размещается электронный образ решения о предоставлении (об отказе в предоставлении) ежегодной денежной компенсации в срок не позднее 5 рабочих дней со дня принятия решения.»;

2.2.3 пункт 3.5 изложить в следующей редакции:

«3.5. При установлении инвалидам и детям-инвалидам инвалидности на новый срок, а также при установлении инвалидам группы инвалидности без указания срока переосвидетельствования, гражданам, указанным в подпункте 23 пункта 1.2 настоящего Порядка, получающим ежегодные денежные компенсации в соответствии с настоящим Порядком, предоставление ежегодных денежных компенсаций продлевается на основании сведений, полученных из федерального реестра инвалидов, с даты установления инвалидности в беззаявительном порядке.»;

2.3 приложение 2 к Порядку изложить в новой редакции согласно приложению 5 к настоящему постановлению;

2.4 приложение 6 к Порядку изложить в новой редакции согласно приложению 6 к настоящему постановлению.

3. Внести Порядок предоставления денежных компенсаций на оплату жилого помещения и коммунальных услуг отдельным категориям граждан, утвержденный постановлением Правительства области от 16 апреля 2010 года № 402, следующие изменения:

3.1 в разделе II:

3.1.1 в пункте 2.2:

3.1.1.1 в подпункте 2.2.2:

подпункт 4 признать утратившим силу;

в подпункте 5 слово и цифры «подпункте 10» заменить словом и цифрой «подпункте 9»;

3.1.1.2 в подпункте 2.2.6:

абзац первый после слова «Заявитель» дополнить словами «(представитель заявителя)»;

дополнить подпунктом 13 следующего содержания:

«; 13) копию справки федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, подтверждающей факт установления инвалидности, - если заявитель относится к категориям граждан, указанных в подпунктах 9 и 10 пункта 1.2 настоящего Порядка»;

3.1.1.3 в подпункте 2.2.8:

абзац шестой дополнить словами «При поступлении в КУ ВО «Центр социальных выплат» в рамках межведомственного взаимодействия информации об отсутствии сведений об инвалидности в федеральном реестре инвалидов КУ ВО «Центр социальных выплат» не позднее дня, следующего за днем поступления указанной информации, направляет заявителю (представителю заявителя) уведомление о необходимости представить документ, предусмотренный подпунктом 13 подпункта 2.2.6 пункта 2.2 настоящего Порядка. Уведомление направля-

ется способом, позволяющим подтвердить факт и дату направления уведомления.»;

дополнить абзацем следующего содержания:

«Заявитель (представитель заявителя) в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления обязан представить документ, предусмотренный подпунктом 13 подпункта 2.2.6 пункта 2.2 настоящего Порядка.»;

3.1.2 пункт 2.5 изложить в следующей редакции:

«2.5. Решение о назначении ежемесячной денежной компенсации либо об отказе в ее назначении принимается КУ ВО «Центр социальных выплат» в течение 10 рабочих дней со дня обращения, а в случае направления межведомственных запросов - со дня получения КУ ВО «Центр социальных выплат» (многофункциональным центром) всех запрашиваемых документов и (или) сведений, за исключением случая, предусмотренного абзацем вторым настоящего пункта.

В случае направления уведомления заявителю (представителю заявителя) в соответствии с абзацем шестым подпункта 2.2.8 пункта 2.2 настоящего Порядка решение о назначении ежемесячной денежной компенсации либо об отказе в ее назначении принимается КУ ВО «Центр социальных выплат» в течение 10 рабочих дней со дня истечения срока, указанного в абзаце седьмом подпункта 2.2.8 пункта 2.2 настоящего Порядка.

В случае отказа в назначении ежемесячной денежной компенсации КУ ВО «Центр социальных выплат» в срок не позднее 5 рабочих дней со дня принятия решения уведомляет об этом гражданина с указанием основания отказа и порядка его обжалования.

Основаниями для отказа в назначении ежемесячной денежной компенсации являются:

отсутствие права на ежемесячную денежную компенсацию;

выявление противоречий в сведениях, содержащихся в представленных документах (сведениях);

непредставление документа в соответствии с абзацем восьмым подпункта 2.2.8 пункта 2.2 настоящего Порядка в течение 10 рабочих дней со дня

получения уведомления.

В случае если заявление и необходимые документы были представлены заявителем (представителем заявителя) в электронной форме посредством Единого портала, в личном кабинете заявителя (представителя заявителя) размещается электронный образ решения о предоставлении (об отказе в предоставлении) ежемесячной денежной компенсации в срок не позднее 5 рабочих дней со дня принятия решения.»;

3.1.3 абзац третий пункта 2.19 изложить в следующей редакции:

«При установлении инвалидам и детям-инвалидам инвалидности на новый срок, а также при установлении инвалидам группы инвалидности без указания срока переосвидетельствования, гражданам, указанным в подпунктах 9 и 10 пункта 1.2 настоящего Порядка, получающим ежемесячные денежные компенсации в соответствии с настоящим Порядком, предоставление ежемесячных денежных компенсаций продлевается на основании сведений, полученных из федерального реестра инвалидов, в беззаявительном порядке.»;

3.1.4 абзац первый подпункта 2.3.5 пункта 2.3 после слова «Заявитель» дополнить словами «(представитель заявителя)»;

3.2 в разделе III:

3.2.1 абзац первый подпункта 3.1.6 пункта 3.1 после слова «Заявитель» дополнить словами «(представитель заявителя)»;

3.2.2 абзац первый подпункта 3.2.6 пункта 3.2 после слова «Заявитель» дополнить словами «(представитель заявителя)»;

3.3 приложение 2 к Порядку изложить в новой редакции согласно приложению 7 к настоящему постановлению;

3.4 приложение 8 к Порядку изложить в новой редакции согласно приложению 8 к настоящему постановлению.

4. Внести в Порядок предоставления компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт общего имущества в многоквартирном доме отдельным категориям граждан, утвержденный постановлением Правительства области от 14 марта 2016 года № 221, следующие изменения:

4.1 подпункт «г» пункта 1 признать утратившим силу;

4.2 пункт 3 дополнить подпунктом «г» следующего содержания:

«; г) копию справки федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, подтверждающей факт установления I или II группы инвалидности члену семьи заявителя - в случае наличия в составе семьи, в которой проживает заявитель, неработающих инвалидов I и (или) II групп»;

4.3 в пункте 7:

дополнить словами «При поступлении в КУ ВО «Центр социальных выплат» в рамках межведомственного взаимодействия информации об отсутствии сведений об инвалидности в федеральном реестре инвалидов КУ ВО «Центр социальных выплат» не позднее дня, следующего за днем поступления указанной информации, направляет заявителю (представителю заявителя) уведомление о необходимости представить документ, предусмотренный подпунктом «г» пункта 3 настоящего Порядка. Уведомление направляется способом, позволяющим подтвердить факт и дату направления уведомления.»;

дополнить абзацем следующего содержания:

«Заявитель (представитель заявителя) в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления обязан представить документ, предусмотренный подпунктом «г» пункта 3 настоящего Порядка.»;

4.4 пункт 10 изложить в следующей редакции:

«10. Решение о предоставлении (отказе в предоставлении) компенсации принимается КУ ВО «Центр социальных выплат» в течение 10 рабочих дней со дня регистрации заявления, а в случае направления межведомственных запросов - со дня получения КУ ВО «Центр социальных выплат» (многофункциональным центром) всех запрашиваемых документов и (или) сведений, за исключением случая, предусмотренного абзацем вторым настоящего пункта.

В случае направления уведомления заявителю (представителю заявителя) в соответствии с абзацем первым пункта 7 настоящего Порядка решение о предоставлении (отказе в предоставлении) компенсации принимается КУ ВО «Центр

социальных выплат» в течение 10 рабочих дней со дня истечения срока, указанного в абзаце втором пункта 7 настоящего Порядка.

В случае отказа в предоставлении компенсации КУ ВО «Центр социальных выплат» в срок не позднее 5 рабочих дней со дня принятия решения уведомляет об этом заявителя (представителя заявителя) с указанием основания отказа и порядка его обжалования.

Основаниями для отказа в предоставлении компенсации являются:

отсутствие у заявителя права на компенсацию;

выявление противоречий в сведениях, содержащихся в представленных документах (сведениях);

непредставление документа в соответствии с абзацем вторым пункта 7 настоящего Порядка в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления.»;

4.5 пункт 14 изложить в следующей редакции:

«14. При установлении неработающим инвалидам, проживающим с заявителем, инвалидности I или II группы на новый срок, а также при установлении инвалидности I или II группы без указания срока переосвидетельствования, гражданам, получающим компенсации в соответствии с настоящим Порядком, предоставление компенсаций продлевается на основании сведений, полученных из федерального реестра инвалидов, в беззаявительном порядке.»;

4.6 приложение 1 к Порядку изложить в новой редакции согласно приложению 9 к настоящему постановлению;

4.7 приложение 2 к Порядку изложить в новой редакции согласно приложению 10 к настоящему постановлению.

5. Настоящее постановление вступает в силу с 1 июля 2020 года, за исключением положений, для которых настоящим пунктом установлены иные сроки вступления их в силу.

Абзацы второй - четвертый подпункта 1.1 пункта 1, абзац второй подпункта 2.1.1.2 подпункта 2.1.1 подпункта 2.1 и абзац второй подпункта 2.2.1.2 подпункта 2.2.1 подпункта 2.2 пункта 2, абзац второй подпункта 3.1.1.2

подпункта 3.1.1 и подпункт 3.1.4 подпункта 3.1, подпункты 3.2.1 и 3.2.2 подпункта 3.2 пункта 3 настоящего постановления вступают в силу по истечении десяти дней после дня официального опубликования настоящего постановления.

Губернатор области



О.А. Кувшинников

Приложение 1
к постановлению
Правительства области
от 28.10.2019 № 1009

«Приложение 1
к Правилам

Образец

В КУ ВО «Центр социальных выплат»

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
проживающая(ий) по адресу: _____
(указывается адрес фактического проживания)
_____,
являющаяся(ий)ся инвалидом _____,
(группа инвалидности)

паспорт:

серия		дата выдачи	
номер		дата рождения	
кем выдан			

прошу предоставить мне компенсацию в размере 50% от уплаченной страховой премии по договору обязательного страхования _____

(номер, дата выдачи страхового полиса, сумма страховой премии)
в соответствии со статьей 17 Федерального закона от 25 апреля 2002 года № 40-ФЗ «Об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев транспортных средств», так как транспортное средство _____

(вид транспорта)
приобретено в соответствии с медицинскими показаниями.

Для направления межведомственных запросов о предоставлении сведений, необходимых для предоставления компенсации, сообщаю следующие данные:

Перечень данных	Данные
если не представлена копия документа (страниц документа), подтверждающего регистрацию (учет) по месту жительства	
Дата регистрации по месту жительства	

Адрес регистрации по месту жительства (заполняется в случае несовпадения адреса регистрации по месту жительства с адресом фактического проживания)	
если не представлена копия документа (страниц документа), подтверждающего регистрацию (учет) по месту пребывания (для лиц, зарегистрированных на территории области по месту пребывания)	
Дата регистрации по месту пребывания	
Адрес регистрации по месту пребывания (заполняется в случае несовпадения адреса регистрации по месту пребывания с адресом фактического проживания)	
если гражданин переехал из другого субъекта Российской Федерации и получал компенсацию по прежнему месту жительства (месту пребывания)	
Адрес прежнего места жительства (места пребывания)	
если не представлена справка федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, подтверждающая факт установления инвалидности	
Наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, установившего инвалидность	
Дата установления инвалидности	
если не представлена индивидуальная программа реабилитации или индивидуальная программа реабилитации или абилитации, выданная федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы, с заключением о медицинских показаниях для использования транспортного средства в целях социальной и профессиональной реабилитации	
Наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, выдавшей индивидуальную программу реабилитации или индивидуальную программу реабилитации или абилитации	
Дата выдачи индивидуальной программы реабилитации или индивидуальной программы реабилитации или абилитации	

Выплату прошу производить через:

- 1) организацию почтовой связи _____
- 2) кредитную организацию _____
(наименование)

счет № _____.

(дата)

(подпись заявителя)

Сверено по электронной базе данных «Транспорт» (ненужное зачеркнуть):
получил транспортное средство через органы социальной защиты населения;
состоял на учете в органах социальной защиты населения для получения транспорта.

_____ № _____
(дата и номер регистрации заявления)

(подпись специалиста)»

Приложение 2
к постановлению
Правительства области
от 28.10.2019 № 1009

«Приложение 3
к Правилам

Образец

В КУ ВО «Центр социальных выплат»

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
проживающая(ий) по адресу: _____
(указывается адрес фактического проживания)

паспорт:

серия		дата выдачи	
номер		дата рождения	
кем выдан			

прошу предоставить мне на моего ребенка / подопечного _____
(ненужное зачеркнуть)

(фамилия, имя, отчество ребенка / подопечного)
являющегося инвалидом: _____
(установлена категория «ребенок-инвалид» / группа инвалидности)

компенсацию в размере 50 % от уплаченной страховой премии по договору обязательного страхования _____

(номер, дата выдачи страхового полиса, сумма страховой премии)
в соответствии со статьей 17 Федерального закона от 25 апреля 2002 года № 40-ФЗ «Об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев транспортных средств», так как транспортное средство _____

(вид транспорта)
приобретено в соответствии с медицинскими показаниями.

Для направления межведомственных запросов о предоставлении документов (сведений), необходимых для предоставления компенсации, сообщаю следующие данные:

Перечень данных	Данные
если не представлена копия документа (страниц документа), подтверждающего регистрацию (учет) по месту жительства	
Место и дата регистрации по месту жительства ребенка/подопечного	
если не представлена копия документа (страниц документа), подтверждающего регистрацию (учет) по месту пребывания (для лиц, зарегистрированных на территории области по месту пребывания)	
Место и дата регистрации по месту пребывания ребенка/подопечного	
если не представлены копия свидетельства о рождении ребенка либо копия страниц паспорта, содержащих сведения о детях	
Дата рождения ребенка	
Место рождения ребенка	
если не представлена копия свидетельства об усыновлении (удочерении) ребенка (в том случае, если за компенсацией обращается усыновитель ребенка)	
Дата рождения ребенка	
Дата усыновления ребенка	
Место регистрации усыновления	
Согласен на предоставление органами ЗАГС информации об усыновлении	_____ (подпись заявителя)
если не представлена копия решения (акта, договора) органа опеки и попечительства об установлении над инвалидом (ребенком) опеки (попечительства), если за компенсацией обращается опекун (попечитель)	
Наименование органа опеки и попечительства по месту жительства ребенка/подопечного	
если гражданин переехал из другого субъекта Российской Федерации и получал компенсацию по прежнему месту жительства (месту пребывания)	
Адрес прежнего места жительства (места пребывания) ребенка / подопечного	
если не представлена справка федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, подтверждающая факт установления инвалидности	

Наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, установившего инвалидность	
Дата установления инвалидности	
если не представлена индивидуальная программа реабилитации или индивидуальная программа реабилитации или абилитации, выданная федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы, с заключением о медицинских показаниях для использования транспортного средства в целях социальной и профессиональной реабилитации	
Наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, выдавшей индивидуальную программу реабилитации или индивидуальную программу реабилитации или абилитации	
Дата выдачи индивидуальной программы реабилитации или индивидуальной программы реабилитации или абилитации	

Выплату прошу производить через:

1) организацию почтовой связи _____

2) кредитную организацию _____
(наименование)

счет № _____.

(дата)

(подпись заявителя)

Сверено по электронной базе данных «Транспорт» (ненужное зачеркнуть):
получил транспортное средство через органы социальной защиты населения;

состоял на учете в органах социальной защиты населения для получения транспорта.

№ _____

(дата и номер регистрации заявления)

(подпись специалиста)»

Приложение 3
к постановлению
Правительства области
от 28.10.2019 № 1009

«Приложение 4
к Правилам

Образец

В КУ ВО «Центр социальных выплат»

от _____
(фамилия, имя, отчество представителя)

(реквизиты документа, подтверждающего
полномочия)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить _____,
(фамилия, имя, отчество гражданина – доверителя)
проживающей(ему) по адресу: _____
(указывается адрес фактического проживания)

_____,
являющейся(ему)ся инвалидом _____,
(группа инвалидности)

компенсацию в размере 50% от уплаченной страховой премии _____
руб. по договору обязательного страхования _____
(номер, дата выдачи страхового полиса)

в соответствии со статьей 17 Федерального закона от 25 апреля 2002 года
№ 40-ФЗ «Об обязательном страховании гражданской ответственности владель-
цев транспортных средств», так как транспортное средст-
во _____
(вид транспорта)

приобретено в соответствии с медицинскими показаниями.

Для направления межведомственных запросов о предоставлении сведе-
ний, необходимых для предоставления компенсации, сообщаю следующие дан-
ные:

Перечень данных	Данные
если не представлена копия документа (страниц документа), подтверждающего регистрацию (учет) по месту жительства	
Дата регистрации по месту жительства	
Адрес регистрации по месту жительст- ва (заполняется в случае несовпадения адреса регист-	

рации по месту жительства с адресом фактического проживания)	
если не представлена копия документа (страниц документа), подтверждающего регистрацию (учет) по месту пребывания (для лиц, зарегистрированных на территории области по месту пребывания)	
Дата регистрации по месту пребывания	
Адрес регистрации по месту пребывания (заполняется в случае несовпадения адреса регистрации по месту пребывания с адресом фактического проживания)	
если гражданин, переехал из другого субъекта Российской Федерации и получал компенсацию по прежнему месту жительства (месту пребывания)	
Адрес прежнего места жительства (места пребывания) доверителя	
если не представлена справка федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, подтверждающая факт установления инвалидности	
Наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, установившего инвалидность	
Дата установления инвалидности	
если не представлена индивидуальная программа реабилитации или индивидуальная программа реабилитации или абилитации, выданная федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы, с заключением о медицинских показаниях для использования транспортного средства в целях социальной и профессиональной реабилитации	
Наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, выдавшей индивидуальную программу реабилитации или индивидуальную программу реабилитации или абилитации	
Дата выдачи индивидуальной программы реабилитации или индивидуальной программы реабилитации или абилитации	

Выплату прошу производить через:

1) организацию почтовой связи _____

2) кредитную организацию _____

(наименование)

счет № _____.

(дата)

(подпись заявителя)

Сверено по электронной базе данных «Транспорт» (ненужное зачеркнуть):
получил транспортное средство через органы социальной защиты населения;
ния;

состоял на учете в органах социальной защиты населения для получения
транспорта

№ _____
(дата и номер регистрации заявления)

(подпись специалиста)»

Приложение 4
к постановлению
Правительства области
от 28.10.2019 № 1009

«Приложение 5
к Правилам

Образец

В КУ ВО «Центр социальных выплат»
от

(фамилия, имя, отчество представителя)

(реквизиты документа, подтверждающего
полномочия)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить _____,
(фамилия, имя, отчество гражданина – доверителя)
проживающей(ему) по адресу: _____
(указывается адрес фактического проживания доверителя)

на его ребенка / на его подопечного _____
(ненужное зачеркнуть) (фамилия, имя, отчество ребенка / подопечного)

_____ являющегося инвалидом: _____
(установлена категория «ребенок-инвалид» / группа инвалидности)
компенсацию в размере 50 % от уплаченной страховой премии _____
руб. по договору обязательного страхования _____
(номер, дата выдачи страхового полиса)

в соответствии со статьей 17 Федерального закона от 25 апреля 2002 года
№ 40-ФЗ «Об обязательном страховании гражданской ответственности владель-
цев транспортных средств», так как транспортное средство _____
(вид транспорта)

приобретено в соответствии с медицинскими показаниями.

Для направления межведомственных запросов о предоставлении докумен-
тов (сведений), необходимых для предоставления компенсации, сообщаю сле-
дующие данные:

Перечень данных	Данные
если не представлена копия документа (страниц документа), подтверждающего регистрацию (учет) по месту жительства	
Место и дата регистрации по месту жи-	

тельства ребенка / подопечного	
если не представлена копия документа (страниц документа), подтверждающего регистрацию (учет) по месту пребывания (для лиц, зарегистрированных на территории области по месту пребывания)	
Место и дата регистрации по месту пребывания ребенка / подопечного	
если не представлены копия свидетельства о рождении ребенка либо копия страниц паспорта, содержащих сведения о детях	
Дата рождения ребенка	
Место рождения ребенка	
если не представлена копия свидетельства об усыновлении (удочерении) ребенка (в том случае, если за компенсацией обращается представитель усыновителя ребенка)	
Дата рождения ребенка	
Дата усыновления ребенка	
Место регистрации усыновления	
К заявлению прилагается письменное согласие усыновителя на предоставление органами ЗАГС информации об усыновлении	
если не представлена копия решения (акта, договора) органа опеки и попечительства об установлении над инвалидом (ребенком) опеки (попечительства), если за компенсацией обращается опекун (попечитель)	
Наименование органа опеки и попечительства по месту жительства ребенка/подопечного	
если гражданин, переехал из другого субъекта Российской Федерации и получал компенсацию по прежнему месту жительства (месту пребывания)	
Адрес прежнего места жительства (места пребывания) ребенка / подопечного	
Если не представлена справка федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, подтверждающая факт установления инвалидности	
Наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, установившего инвалидность	

Дата установления инвалидности	
если не представлена индивидуальная программа реабилитации или индивидуальная программа реабилитации или абилитации, выданная федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы, с заключением о медицинских показаниях для использования транспортного средства в целях социальной и профессиональной реабилитации	
Наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, выдавшей индивидуальную программу реабилитации или индивидуальную программу реабилитации или абилитации	
Дата выдачи индивидуальной программы реабилитации или индивидуальной программы реабилитации или абилитации	

Выплату прошу производить через:

- 1) организацию почтовой связи _____
- 2) кредитную организацию _____
(наименование)

счет № _____.

(дата)

(подпись заявителя)

Сверено по электронной базе данных «Транспорт» (ненужное зачеркнуть):
получил транспортное средство через органы социальной защиты населения;

состоял на учете в органах социальной защиты населения для получения транспорта

(дата и номер регистрации заявления) № _____

(подпись специалиста)»

Приложение 5
к постановлению
Правительства области
от 28.10.2019 № 1009

«Приложение 2
к Порядку

Образец

В КУ ВО «Центр социальных выплат»
от

(фамилия, имя, отчество заявителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении денежных компенсаций на оплату жилого помещения и (или) коммунальных услуг гражданам, пострадавшим от воздействия радиации, отдельным категориям граждан из числа ветеранов, инвалидам, детям, являющимся ВИЧ-инфицированными, бывшим несовершеннолетним узникам концлагерей

Я, _____,
адрес: _____,
телефон: _____,
страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) в системе обязательного пенсионного страхования _____,
паспорт:

серия		дата выдачи	
номер		дата рождения	
кем выдан			

прошу назначить мне:

- 1) ежемесячную денежную компенсацию расходов на оплату жилого помещения и (или) коммунальных услуг;
- 2) ежегодную денежную компенсацию на приобретение твердого топлива;
- 3) ежегодную денежную компенсацию на приобретение сжиженного газа (ненужное зачеркнуть).

Являюсь _____.
(указать категорию льготника)

Документ, подтверждающий право на получение мер социальной поддержки, выдан _____
(указать, когда и кем выдан документ)

Сведения о гражданах, зарегистрированных совместно со мной в жилом помещении, по которому назначается ежемесячная денежная компенсация расходов на оплату жилого помещения и (или) коммунальных услуг:

Фамилия, имя, отчество	Дата рождения	Степень родства

Выплату прошу производить через:

1) организацию федеральной почтовой связи _____;
(указать индекс отделения почтовой связи)

2) кредитную организацию _____
(указать наименование кредитной организации)

Счет № _____.

Для направления межведомственных запросов о предоставлении сведений, необходимых для предоставления компенсации, сообщаю следующие данные:

Перечень данных	Данные
Если не представлены копия свидетельства о рождении ребенка либо копии страниц паспорта, содержащих сведения о детях	
Ф.И.О. ребенка (детей), дата и место рождения	
Если не представлены копия свидетельства о заключении/расторжении брака либо копии страниц паспорта, содержащих сведения о заключении и расторжении брака	
Номер свидетельства и дата выдачи свидетельства	
Если не представлена копия документа, подтверждающего право на получение компенсации	
Дата выдачи документа и наименование организации, выдавшей документ	
Если не представлена справка с места жительства (места пребывания) членов семьи заявителя, содержащая сведения о лицах, зарегистрированных по месту жительства (месту пребывания) совместно с членами семьи заявителя	
Ф.И.О. членов семьи, адреса регистрации по месту жительства (месту пребывания) членов семьи	
Если не представлена справка уполномоченного органа (организации) по месту жительства о неполучении мер социальной поддержки по оплате жилого помещения и коммунальных услуг по месту жительства (для граждан, имеющих место жительства за пределами Вологодской области)	
Уполномоченный орган (организация) по месту жительства, предоставляющая меры социальной поддержки	

Если не представлена справка федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, подтверждающая факт установления инвалидности	
Наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, установившего инвалидность	
Дата установления инвалидности	
Группа инвалидности	

Мне известно, что ежемесячная денежная компенсация предоставляется при отсутствии задолженности по оплате жилого помещения и коммунальных услуг или при заключении и (или) выполнении соглашений по ее погашению.

Обязуюсь в течение 14 дней со дня наступления обстоятельств, влекущих прекращение предоставления денежной компенсации (выезд на постоянное место жительства за пределы области; переход на получение аналогичных выплат по другим основаниям; утрата права на получение денежной компенсации), письменно сообщить КУ ВО «Центр социальных выплат» о таких обстоятельствах.

Дополнительные сведения:

Временно отсутствуют зарегистрированные совместно со мной члены семьи:

1. _____,
(фамилия, имя, отчество)

_____.
(причина отсутствия*)

2. _____,
(фамилия, имя, отчество)

_____.
(причина отсутствия*)

* Причинами отсутствия являются:

регистрация по месту пребывания в другом жилом помещении (в этом случае необходимо указать адрес регистрации по месту пребывания);

прохождение военной службы по призыву (в этом случае необходимо указать военный комиссариат и адрес расположения комиссариата);

отбывание наказания в виде лишения свободы (в этом случае необходимо указать исправительное учреждение и адрес расположения исправительного учреждения);

обучение и (или) работа за пределами Российской Федерации;

признание безвестно отсутствующим.

Обязуюсь в течение 14 дней письменно сообщить КУ ВО «Центр социальных выплат» о досрочном увольнении с военной службы по призыву, досрочном освобождении из мест лишения свободы, досрочном окончании обучения (работы) за пределами Российской Федерации указанных граждан, а также о явке или обнаружении места пребывания гражданина, признанного безвестно отсутствующим.

« ____ » _____ 20__ г.

(подпись заявителя)

« ____ » _____ 20__ г. № ____
(дата и номер регистрации заявления)

(подпись специалиста)»

Приложение 6
к постановлению
Правительства области
от 28.10.2019 № 1009

«Приложение 6
к Порядку

Образец

В КУ ВО «Центр социальных выплат»
от _____
(фамилия, имя, отчество представителя зая-
вителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении денежных компенсаций на оплату жилого помещения и (или) коммунальных услуг гражданам, пострадавшим от воздействия радиации, отдельным категориям граждан из числа ветеранов, инвалидам, детям, являющимся ВИЧ-инфицированными, бывшим несовершеннолетним узникам концлагерей

Я, _____,
адрес представителя заявителя: _____

_____,
(указывается адрес места регистрации (учета) по месту жительства (месту пребывания)
телефон: _____,
прошу назначить _____,
(фамилия, имя, отчество заявителя)

адрес заявителя: _____

_____,
(указывается адрес места регистрации (учета) по месту жительства (месту пребывания)
страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) в системе обяза-
тельного пенсионного страхования _____,
паспортные данные заявителя:

серия		дата выдачи	
номер		дата рождения	
кем выдан			

- 1) ежемесячную денежную компенсацию расходов на оплату жилого помещения и (или) коммунальных услуг;
 - 2) ежегодную денежную компенсацию на приобретение твердого топлива;
 - 3) ежегодную денежную компенсацию на приобретение сжиженного газа.
- (ненужное зачеркнуть)

(фамилия, имя, отчество заявителя)
является _____.
(указать категорию льготника)

Документ, подтверждающий право на получение мер социальной поддержки, выдан _____.
(указать, когда и кем выдан документ)

Сведения о гражданах, зарегистрированных совместно с заявителем в жилом помещении, по которому назначается ежемесячная денежная компенсация расходов на оплату жилого помещения и (или) коммунальных услуг:

Фамилия, имя, отчество	Дата рождения	Степень родства

Выплату прошу производить заявителю через:

1) организацию федеральной почтовой связи _____;
(указать индекс отделения почтовой связи)

2) кредитную организацию _____.
(указать наименование кредитной организации)

Счет № _____.

Для направления межведомственных запросов о предоставлении сведений, необходимых для предоставления компенсации, сообщаю следующие данные:

Перечень данных	Данные
Если не представлены копия свидетельства о рождении ребенка либо копии страниц паспорта, содержащих сведения о детях	
Ф.И.О. ребенка (детей), дата и место рождения	
Если не представлены копия свидетельства о заключении/расторжении брака либо копии страниц паспорта, содержащих сведения о заключении и расторжении брака	
Номер свидетельства и дата выдачи свидетельства	
Если не представлена копия документа, подтверждающего право на получение компенсации	
Дата выдачи документа и наименование организации, выдавшей документ	
Если не представлена справка с места жительства (места пребывания) членов	

семьи заявителя, содержащая сведения о лицах, зарегистрированных по месту жительства (месту пребывания) совместно с членами семьи заявителя	
Ф.И.О. членов семьи, адреса регистрации по месту жительства (месту пребывания) членов семьи	
Если не представлена справка уполномоченного органа (организации) по месту жительства о неполучении мер социальной поддержки по оплате жилого помещения и коммунальных услуг по месту жительства (для граждан, имеющих место жительства за пределами Вологодской области)	
Уполномоченный орган (организация) по месту жительства, предоставляющая меры социальной поддержки	
Если не представлена справка федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, подтверждающая факт установления инвалидности	
Наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, установившего инвалидность	
Дата установления инвалидности	
Группа инвалидности	

Дополнительные сведения:

Временно отсутствуют зарегистрированные совместно с заявителем члены семьи:

1. _____,
(фамилия, имя, отчество)

_____.
(причина отсутствия*)

2. _____,
(фамилия, имя, отчество)

_____.
(причина отсутствия*)

* Причинами отсутствия являются:

регистрация по месту пребывания в другом жилом помещении (в этом случае необходимо указать адрес регистрации по месту пребывания);

прохождение военной службы по призыву (в этом случае необходимо указать военный комиссариат и адрес расположения комиссариата);

отбывание наказания в виде лишения свободы (в этом случае необходимо указать исправительное учреждение и адрес расположения исправительного учреждения);

обучение и (или) работа за пределами Российской Федерации;

признание безвестно отсутствующим.

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись представителя заявителя)

« ____ » _____ 20 ____ г. № ____
(дата и номер регистрации заявления)

(подпись специалиста)»

Приложение 7
к постановлению
Правительства области
от 28.10.2019 № 1009

«Приложение 2
к Порядку

Образец

В КУ ВО «Центр социальных выплат»

от _____
(фамилия, имя, отчество заявителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении денежных компенсаций
на оплату жилого помещения и коммунальных
услуг отдельным категориям граждан

Я, _____,
адрес: _____,
телефон: _____,
страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) в системе обяза-
тельного пенсионного страхования _____,
паспорт:

серия		дата выдачи	
номер		дата рождения	
кем выдан			

прошу назначить мне:

- 1) ежемесячную денежную компенсацию расходов на оплату жилого помещения и (или) коммунальных услуг;
- 2) ежемесячную денежную компенсацию расходов на оплату жилого помещения, отопления, освещения, обращения с твердыми коммунальными отходами;
- 3) ежегодную денежную компенсацию на приобретение твердого топлива;
- 4) ежегодную денежную компенсацию на приобретение сжиженного газа (ненужное зачеркнуть).

Являюсь _____.
(указать категорию льготника)

Документ, подтверждающий право на получение мер социальной под-
держки, выдан _____
(указать, когда и кем выдан документ)

Сведения о гражданах, зарегистрированных совместно со мной в жилом помещении, по которому назначается ежемесячная денежная компенсация расходов на оплату жилого помещения и (или) коммунальных услуг:

Фамилия, имя, отчество	Дата рождения	Степень родства

Выплату прошу производить через:

1) организацию федеральной почтовой связи _____;
(указать индекс отделения почтовой связи)

2) кредитную организацию _____.
(указать наименование кредитной организации)

Счет № _____.

Для направления межведомственных запросов о предоставлении сведений, необходимых для предоставления компенсации, сообщаю следующие данные:

Перечень данных	Данные
Если не представлены копия свидетельства о рождении ребенка либо копии страниц паспорта, содержащих сведения о детях	
Ф.И.О. ребенка (детей), дата и место рождения	
Если не представлены копия свидетельства о заключении/расторжении брака либо копии страниц паспорта, содержащих сведения о заключении и расторжении брака	
Номер свидетельства и дата выдачи свидетельства	
Если не представлена копия документа, подтверждающего право на получение компенсации	
Дата выдачи документа и наименование организации, выдавшей документ	
Если не представлена справка органа, выплачивающего пенсию, о получении пенсии в Вологодской области	
Дата назначения пенсии и орган, назначивший пенсию	
Если не представлена справка с места жительства (места пребывания) членов семьи заявителя, содержащая сведения о лицах, зарегистрированных по месту жительства (месту пребывания) совместно с членами семьи заявителя	
Ф.И.О. членов семьи, адреса регистрации по месту жительства (месту пребывания)	

членов семьи	
Если не представлена справка уполномоченного органа (организации) по месту жительства о неполучении мер социальной поддержки по оплате жилого помещения и коммунальных услуг по месту жительства (для граждан, имеющих место жительства за пределами Вологодской области)	
Уполномоченный орган (организация) по месту жительства, предоставляющая меры социальной поддержки	
Если не представлена справка федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, подтверждающая факт установления инвалидности	
Наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, установившего инвалидность	
Дата установления инвалидности	
Группа инвалидности	

Мне известно, что ежемесячная денежная компенсация предоставляется при отсутствии задолженности по оплате жилого помещения и коммунальных услуг или при заключении и (или) выполнении соглашений по ее погашению.

Обязуюсь в течение 14 дней со дня наступления обстоятельств, влекущих прекращение предоставления денежной компенсации (выезд на постоянное место жительства за пределы области; переход на получение аналогичных выплат по другим основаниям; утрата права на получение денежной компенсации), письменно сообщить КУ ВО «Центр социальных выплат» о таких обстоятельствах.

Дополнительные сведения:

Временно отсутствуют зарегистрированные совместно со мной члены семьи:

1. _____,
(фамилия, имя, отчество)

_____.
(причина отсутствия*)

2. _____,
(фамилия, имя, отчество)

_____.
(причина отсутствия*)

* Причинами отсутствия являются:

регистрация по месту пребывания в другом жилом помещении (в этом случае необходимо указать адрес регистрации по месту пребывания);

прохождение военной службы по призыву (в этом случае необходимо указать военный комиссариат и адрес расположения комиссариата);

отбывание наказания в виде лишения свободы (в этом случае необходимо указать исправительное учреждение и адрес расположения исправительного учреждения);

обучение и (или) работа за пределами Российской Федерации;

признание безвестно отсутствующим.

Обязуюсь в течение 14 дней письменно сообщить КУ ВО «Центр социальных выплат» о досрочном увольнении с военной службы по призыву, досрочном освобождении из мест лишения свободы, досрочном окончании обучения (работы) за пределами Российской Федерации указанных граждан, а также о явке или обнаружении места пребывания гражданина, признанного безвестно отсутствующим.

«___» _____ 20__ г.

(подпись заявителя)

«___» _____ 20__ г. № _____
(дата и номер регистрации заявления)

(подпись специалиста)»

Приложение 8
к постановлению
Правительства области
от 28.10.2019 № 1009

«Приложение 8
к Порядку

Образец

В КУ ВО «Центр социальных выплат»

от _____
(фамилия, имя, отчество представителя заявителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении денежных компенсаций
на оплату жилого помещения и коммунальных
услуг отдельным категориям граждан

Я, _____,
адрес представителя заявителя: _____

_____ (указывается адрес места регистрации (учета) по месту жительства (месту пребывания))
телефон: _____
прошу назначить _____
(фамилия, имя, отчество заявителя)

адрес заявителя: _____

_____ (указывается адрес места регистрации (учета) по месту жительства (месту пребывания))
страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) заявителя в системе
обязательного пенсионного страхования _____
паспортные данные заявителя:

серия		дата выдачи	
номер		дата рождения	
кем выдан			

1) ежемесячную денежную компенсацию расходов на оплату жилого помещения и (или) коммунальных услуг;

2) ежемесячную денежную компенсацию расходов на оплату жилого помещения, отопления, освещения, обращения с твердыми коммунальными отходами;

3) ежегодную денежную компенсацию на приобретение твердого топлива;

4) ежегодную денежную компенсацию на приобретение сжиженного газа
(ненужное зачеркнуть).

(фамилия, имя, отчество заявителя)

является _____.

(указать категорию льготника)

Документ, подтверждающий право на получение мер социальной поддержки, выдан _____.

(указать, когда и кем выдан документ)

Сведения о гражданах, зарегистрированных совместно с заявителем в жилом помещении, по которому назначается ежемесячная денежная компенсация расходов на оплату жилого помещения и (или) коммунальных услуг:

Фамилия, имя, отчество	Дата рождения	Степень родства

Выплату прошу производить заявителю через:

1) организацию федеральной почтовой связи _____;
(указать индекс отделения почтовой связи)

2) кредитную организацию _____.
(указать наименование кредитной организации)

Счет № _____.

Для направления межведомственных запросов о предоставлении сведений, необходимых для предоставления компенсации, сообщаю следующие данные:

Перечень данных	Данные
Если не представлены копия свидетельства о рождении ребенка либо копии страниц паспорта, содержащих сведения о детях	
Ф.И.О. ребенка (детей), дата и место рождения	
Если не представлены копия свидетельства о заключении/расторжении брака либо копии страниц паспорта, содержащих сведения о заключении и расторжении брака	
Номер свидетельства и дата выдачи свидетельства	
Если не представлена копия документа, подтверждающего право на получение компенсации	
Дата выдачи документа и наименование организации, выдавшей документ	
Если не представлена справка органа, выплачивающего пенсию, о получении пенсии в Вологодской области	

Дата назначения пенсии и орган, назначивший пенсию	
Если не представлена справка с места жительства (места пребывания) членов семьи заявителя, содержащая сведения о лицах, зарегистрированных по месту жительства (месту пребывания) совместно с членами семьи заявителя	
Ф.И.О. членов семьи, адреса регистрации по месту жительства (месту пребывания) членов семьи	
Если не представлена справка уполномоченного органа (организации) по месту жительства о неполучении мер социальной поддержки по оплате жилого помещения и коммунальных услуг по месту жительства (для граждан, имеющих место жительства за пределами Вологодской области)	
Уполномоченный орган (организация) по месту жительства, предоставляющая меры социальной поддержки	
Если не представлена справка федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, подтверждающая факт установления инвалидности	
Наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, установившего инвалидность	
Дата установления инвалидности	
Группа инвалидности	

Дополнительные сведения:

Временно отсутствуют зарегистрированные совместно с заявителем члены семьи:

1. _____,
(фамилия, имя, отчество)

_____.
(причина отсутствия*)

2. _____,
(фамилия, имя, отчество)

_____.
(причина отсутствия*)

* Причинами отсутствия являются:

регистрация по месту пребывания в другом жилом помещении (в этом случае необходимо указать адрес регистрации по месту пребывания);

прохождение военной службы по призыву (в этом случае необходимо указать военный комиссариат и адрес расположения комиссариата);

отбывание наказания в виде лишения свободы (в этом случае необходимо указать исправительное учреждение и адрес расположения исправительного учреждения);

обучение и (или) работа за пределами Российской Федерации;

признание безвестно отсутствующим.

« ____ » _____ 20__ г.

_____ (подпись представителя заявителя)

« ____ » _____ 20__ г. № _____

(дата и номер регистрации заявления)

_____ (подпись специалиста)»

Приложение 9
к постановлению
Правительства области
от 28.10.2019 № 1009

«Приложение 1
к Порядку

Образец

В КУ ВО «Центр социальных выплат»

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт общего имущества в многоквартирном доме

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

адрес: _____
(указывается адрес места регистрации (учета) по месту жительства (месту пребывания))

на дату обращения за предоставлением компенсации, а в случае обращения за

предоставлением компенсации с даты возникновения права на компенсацию, - и на дату возникновения права на компенсацию)

телефон: _____,

паспорт:

серия		дата выдачи	
номер		дата рождения	
кем выдан			

прошу назначить мне компенсацию расходов на уплату взноса на капитальный ремонт общего имущества в многоквартирном доме по жилому помещению, находящемуся в собственности, расположенному по адресу: _____.

Являюсь (отметить нужное):

одиноко проживающим неработающим гражданином;

неработающим гражданином, проживающим в составе семьи, состоящей из следующих неработающих граждан, достигших возраста 55 лет для женщин и 60 лет для мужчин и (или) неработающих инвалидов I и (или) II групп:

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Дата рождения	Группа инвалидности, срок, на который установлена инвалидность
----------	------------------------	---------------	--

Не являюсь/являюсь (ненужное зачеркнуть) получателем мер социальной поддержки по оплате жилого помещения, отопления и освещения, включающих уплату взноса на капитальный ремонт в размере 100 процентов, в соответствии с муниципальными правовыми актами.

Прошу перечислять компенсацию в: _____

(номер счета и отделения кредитной организации или индекс отделения связи)

Обязуюсь в течение 14 дней со дня наступления обстоятельств, влекущих прекращение предоставления компенсации (регистрация по месту жительства (месту пребывания) получателя компенсации иных лиц, за исключением неработающих граждан, достигших возраста 55 лет для женщин и 60 лет для мужчин, неработающих инвалидов I и (или) II групп; утрата права собственности на жилое помещение, в отношении которого производится предоставление компенсации; трудоустройство получателя компенсации либо совместно проживающих с получателем компенсации граждан, достигших возраста 55 лет для женщин и 60 лет для мужчин, либо инвалидов I и (или) II групп, снятие получателя с регистрационного учета по месту жительства на территории Вологодской области при отсутствии регистрации по месту пребывания на территории Вологодской области либо снятие получателя с регистрационного учета по месту пребывания на территории Вологодской области при отсутствии регистрации по месту жительства на территории Вологодской области, назначение мер социальной поддержки по оплате жилого помещения, отопления и освещения, включающих уплату взноса на капитальный ремонт в размере 100 процентов, в соответствии с муниципальными нормативными правовыми актами), письменно сообщить КУ ВО «Центр социальных выплат» о таких обстоятельствах.

«___» _____ 20__ г.

(подпись заявителя)

«___» _____ 20__ г. № _____
(дата и номер регистрации заявления)

(подпись специалиста)»

Приложение 10
к постановлению
Правительства области
от 28.10.2019 № 1009

«Приложение 2
к Порядку

Образец

В КУ ВО «Центр социальных выплат»

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении компенсации расходов на уплату взноса
на капитальный ремонт общего имущества в многоквартирном доме

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество представителя)

_____ (реквизиты документа, подтверждающего полномочия)

адрес _____,

телефон: _____,

прошу назначить _____,
(фамилия, имя, отчество заявителя)

паспорт заявителя:

серия		дата выдачи	
номер		дата рождения	
кем выдан			

адрес: _____
(указывается адрес места регистрации (учета) по месту жительства (места пребывания) заявителя)

на дату обращения за предоставлением компенсации, а в случае обращения за предоставлением

_____ .
компенсации с даты возникновения права на компенсацию, - и на дату возникновения права на компенсацию)

компенсацию расходов на уплату взноса на капитальный ремонт общего имущества в многоквартирном доме по жилому помещению, находящемуся в собственности заявителя, расположенному по адресу: _____

Заявитель является (отметить нужное):

одиноко проживающим неработающим гражданином;

неработающим гражданином, проживающим в составе семьи, состоящей из следующих неработающих граждан, достигших возраста 55 лет для женщин и 60 лет для мужчин и (или) неработающих инвалидов I и (или) II групп:

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Дата рождения	Группа инвалидности, срок, на который установлена инвалидность

Заявитель не является/является (ненужное зачеркнуть) получателем мер социальной поддержки по оплате жилого помещения, отопления и освещения, включающих уплату взноса на капитальный ремонт в размере 100 процентов, в соответствии с муниципальными правовыми актами.

Прошу перечислять компенсацию заявителю в: _____

(номер счета и отделения кредитной организации или индекс отделения связи)

« ____ » _____ 20__ г.

(подпись представителя заявителя)

« ____ » _____ 20__ г. № ____
(дата и номер регистрации заявления)

(подпись специалиста)»